

# ANÁLISE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIOS DE PACIENTES EM UM HOSPITAL DE ENSINO

ANALYSIS OF NURSING NOTES ON PATIENTS' MEDICAL RECORDS IN A TEACHING HOSPITAL

ANÁLISIS DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA EN REGISTROS MÉDICOS DE PACIENTES EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Luana Nayara Maia Barral<sup>1</sup>  
Laís Helena Ramos<sup>2</sup>  
Maria Aparecida Vieira<sup>3</sup>  
Orlene Veloso Dias<sup>4</sup>  
Luís Paulo Souza e Souza<sup>5</sup>

## RESUMO

O objetivo com esta pesquisa foi avaliar os registros efetuados pela equipe de enfermagem referentes à admissão de pacientes internados na clínica médica de um hospital de ensino. Trata-se de estudo quantitativo, descritivo e documental, realizado na clínica médica de um hospital de ensino, em Montes Claros-MG, no período de janeiro a dezembro de 2008. A coleta foi realizada em 253 prontuários pela amostragem probabilística, tendo como instrumento roteiro construído com referenciais teóricos e legislação vigente. Os registros encontravam-se em conformidade com normas do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais: possuíam data (96,8%); hora (90,5%); letra legível (87,4%); identificação profissional completa (76,3%); ausência de espaço em branco (94,1%); ausência de comentário e rasuras (98%); informações não relacionadas ao cliente (0,4%); correções adequadas quanto a erros ortográficos (86,2%) e abreviaturas não padronizadas (5,1%). Foram observadas inadequações nos históricos de enfermagem/exame físicos, comprometendo a funcionalidade do registro como instrumento de comunicação. Espera-se, com este estudo, propiciar novas estratégias relativas à educação, monitoramento e avaliação sistematizada dos registros para melhoria da assistência.

**Palavras-chave:** Registros de Enfermagem; Prontuários; Equipe de Enfermagem.

## ABSTRACT

This study aims at assessing nursing notes on patients' admission at the clinic of a Teaching Hospital in Montes Claros, State of Minas Gerais. It is a quantitative, descriptive and documentary study carried out from January to December 2008. Data collection was conducted in 253 medical records through probability sampling guided by theoretical references and the current legislation. The analyzed notes were in accordance with the standards of the Regional Nursing Council of Minas Gerais. The records conveyed date (96.8%), time (90.5%), in a legible handwriting (87.4%), a full professional identification (76.3%). There was absence of blank spaces (94.1%), comments or erasures (98%), and information unrelated to the client (0.4%). Misspellings were adequately corrected (86.2%) as well as nonstandard abbreviations (5.1%). There were gaps in the nursing notes and/or physical examination records that could jeopardize the medical record functioning as a communication tool. The present study is expected to provide new strategies on education, monitoring and the records systematized assessment to improve care.

**Keywords:** Medical Records; Nursing Notes; Nursing Staff.

## RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo la evaluación de las notas de enfermería en el ingreso de los pacientes en la clínica médica de un hospital universitario de Montes Claros, Estado de Minas Gerais. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y documental realizado entre enero y diciembre de 2008. La recogida de datos fue realizada en 253 registros médicos por muestreo probabilístico guiado por referencias teóricas y de la legislación actual. Los resultados indican que las notas se encontraban en conformidad con las normas del Consejo Regional de Enfermería de Minas Gerais: 96,8% tenían fecha; 90,5% hora; 87,4% letra legible; 76,3% identificación profesional completa; 94,1% ausencia de espacios en blanco; 98% ausencia de comentarios y rasuras; 0,4% informaciones no relacionadas al cliente; 86,2% correcciones adecuadas en cuanto a errores ortográficos; 5,1% abreviaciones no estandarizadas. Hay deficiencias en las notas de enfermería y/o registros de exámenes físicos que podrían comprometer la función del expediente médico como herramienta de comunicación. Se espera que este estudio proporcione nuevas estrategias en materia de educación, seguimiento y evaluación sistemática de los registros para mejorar la atención.

**Palabras clave:** Registros médicos, notas de enfermería; personal de enfermería.

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde Pública, graduada pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)-MG, Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora. Professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo-SP, Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre. Professora do Departamento de Enfermagem da Unimontes.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Ciências. Professora do Departamento de Enfermagem da Unimontes.

<sup>5</sup> Acadêmico do curso de graduação em Enfermagem da Unimontes. Membro do Grupo de Pesquisa de Enfermagem da Unimontes.

Endereço para correspondência – R. Santa Terezinha, 303, Todos os Santos – Montes Claros-MG Brasil. CEP: 39400-116. Tel. (38) 3223-2631.

E-mail: orlenedias@yahoo.com.br.

## INTRODUÇÃO

Os registros de enfermagem consistem em uma forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao cliente e aos cuidados recebidos pela equipe de enfermagem. São elementos essenciais na documentação do cuidado humano, considerando que, quando redigidos adequadamente, possibilitam a comunicação e têm como finalidades estabelecer efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos no cuidar; servem de base para a elaboração do plano assistencial ao paciente; fornecem subsídios para a avaliação da assistência prestada; acompanham a evolução do paciente; favorecem a auditoria de enfermagem; e colaboram com o ensino e pesquisa em enfermagem.<sup>1</sup>

Por meio dos registros é possível estabelecer a continuidade do cuidado, uma vez que possibilita a todos os membros da equipe de saúde informações sobre os problemas de saúde identificados, ações e resultados dos cuidados prestados.<sup>2,3</sup>

Os registros de enfermagem são frequentemente realizados nos hospitais por toda a equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. É realizado no decorrer do Processo de Enfermagem (PE), instrumento metodológico que indica um conjunto de ações executadas em face das necessidades da pessoa, da família ou da coletividade humana, em determinado momento do processo saúde e doença, que demandam cuidado profissional. Sua documentação possibilita a análise do custo-benefício das ações e intervenções realizadas e evidencia a contribuição da enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional.<sup>4</sup> É organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: Coleta de dados de enfermagem, Diagnóstico de enfermagem, Planejamento de enfermagem, Implementação e processo de enfermagem, que constituem instrumentos para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).<sup>5</sup>

No Brasil, os registros de enfermagem vêm sendo considerados para pagamentos na assistência à saúde prestada ao cliente pela análise dos prontuários, garantindo justa cobrança e pagamento adequado.<sup>6</sup> Constituem, ainda, importante instrumento, que deve ser consultado em situações que envolvem aspectos legais e/ou éticos, científicos, educacionais e da qualidade do cuidado.<sup>1</sup>

Para permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem em suas diferentes fases, o registro deve constar de impressos devidamente identificados com dados do paciente, com data e horário específicos, ser claro, objetivo, com identificação do autor, feito de forma legível, sem rasuras, fazer parte do prontuário do cliente e favorecer elementos administrativos e clínicos para a auditoria de enfermagem<sup>7</sup>.

Obedecendo aos requisitos ético-legais, a equipe de enfermagem deve realizar o Histórico de Enfermagem (HE), que deve conter: procedência do cliente, descrição

do acompanhante, condições de locomoção e condições gerais.<sup>8,9</sup>

A enfermagem produz, diariamente, muitas informações inerentes ao cuidado dos pacientes. É possível estimar que ela seja responsável por mais de 50% das informações contidas no prontuário do paciente. Assim, é indiscutível a necessidade de registros adequados e frequentes no prontuário.<sup>10</sup> Entretanto, apesar das considerações sobre a importância dos aspectos legais e assistenciais, com muita frequência, os registros não contêm todas as informações necessárias que atendam aos requisitos ético-legais relativos ao processo de trabalho da enfermagem e da instituição.<sup>11</sup>

Nessa perspectiva, é fundamental que se realizem pesquisas que identifiquem demandas de capacitação para aprimorar o trabalho de enfermagem.<sup>12</sup> O objetivo com este estudo foi avaliar os registros efetuados pela equipe de enfermagem referentes à admissão dos pacientes internados na clínica médica de um hospital de ensino, em Montes Claros-MG, no período de janeiro a dezembro de 2008, diante conformidades e não conformidades à luz da deliberação do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (Coren-MG), que regulamenta o Registro de Enfermagem.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo e documental, realizado na unidade de clínica médica de um hospital de ensino, localizado em Montes Claros-MG, no período de janeiro a dezembro de 2008. A coleta de dados ocorreu nos prontuários dos pacientes internados na referida clínica e que se encontravam no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (Same) do Hospital.

No período de estudo, foram localizados 649 prontuários e, para determinar o tamanho da amostra, utilizou-se o método probabilístico pelo *software* Epi Info 6.0.

A amostra foi composta de 241 prontuários, com tolerância de 5% de erro, grau de confiança de 96% e proporção da característica de interesse na população de 0,5. Calculou-se a subamostragem, proporcional ao número de prontuários de cada mês de 2008 por fórmula própria, para melhor representação de todo o período em estudo, constituindo-se em amostragem aleatória estratificada.<sup>13</sup> Isso possibilitou selecionar aleatoriamente os prontuários da lista previamente fornecida pelo Same, sendo avaliados 241.

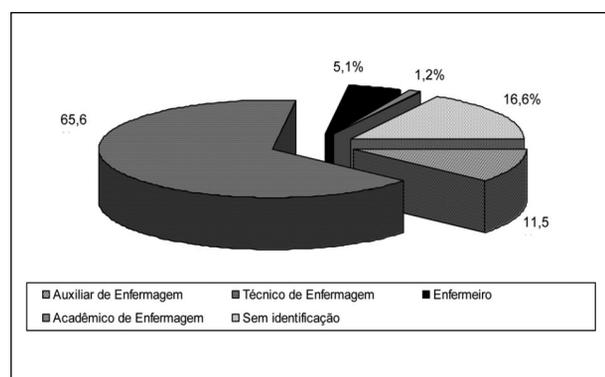
O instrumento utilizado para a coleta de dados nos prontuários foi um formulário elaborado para esse fim, composto por dados de identificação e itens de classificação dos registros, com base nas linhas gerais consideradas no referencial teórico e legislação referida.<sup>14</sup> Anteriormente à sua aplicação, foi avaliado por especialistas e, após, por estudo piloto, cuja principal função foi testar o instrumento quanto a possíveis avarias e praticidade para validação.<sup>13</sup> Os dados coletados foram agrupados em um banco de dados do *software* SPSS 16.0 for Windows, que viabilizou a construção de tabelas e

gráficos, possibilitando a análise estatística descritiva, considerando a tendência e a variabilidade de cada variável.

Ressalte-se que o projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros por meio do Parecer nº 1353/09, atendendo à Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Foram analisados 253 registros de admissão de enfermagem nos 241 prontuários examinados de pacientes internados na clínica médica do hospital em questão. Verificou-se que os autores desses registros são: técnicos de enfermagem – 65,6% (166); profissionais não identificados – 16,6% (42); auxiliares de enfermagem – 11,5% (29); enfermeiros – 5,1% (13); e acadêmicos de enfermagem – 1,2% (3) (GRÁF. 1).



**GRÁFICO 1 – Autores dos registros de admissão presentes nos prontuários dos pacientes internados na clínica médica de um hospital de ensino – Montes Claros-MG, 2008**

Fonte: Same, 2008.

Quanto ao sexo dos autores dos registros de admissão, observou-se que 55,7% (141) eram do sexo feminino, 36,4% (92) do masculino; e 7,9% (20) sem identificação, dada a ausência de assinatura e carimbo (TAB. 1).

Ao analisar a TAB. 1, verificou-se que 96,8% (245) das admissões de enfermagem foram datadas. Quanto à presença e/ou ausência de hora, em 90,5% (229) foi anotado o horário de sua realização. Os erros de redação nas anotações estavam presentes em 11,5% (29) prontuários, sendo que, dentre esses, 1,2% (3) das anotações teve dois erros no mesmo registro.

A categoria que apresentou maior percentual de erros de redação foi a de acadêmico de enfermagem, com 33,33% (1), e em 100% (13) registros analisados e realizados pelo profissional enfermeiro não houve erro. Apesar de os acadêmicos de enfermagem apresentarem maior percentual de erros de redação, esse foi corrigido adequadamente pela expressão recomendada pela deliberação específica do Coren.<sup>5</sup>

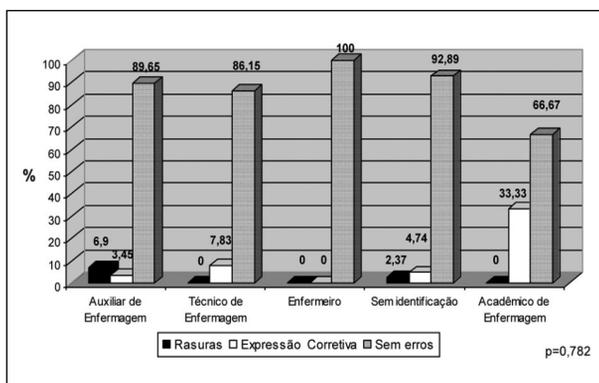
**TABELA 1 – Frequência de conformidades e não conformidades dos itens avaliados nos registros de enfermagem presentes em prontuários de pacientes internados na clínica médica de um hospital – Montes Claros-MG, 2008**

Itens avaliados	Alternativas	n	%
<b>Data</b>	Sim	245	96,8
	Não	8	3,2
<b>Hora</b>	Sim	229	90,5
	Não	24	9,5
<b>Erro</b>	Sim	29	11,5
	Não	224	88,5
<b>Número de erros</b>	Um	25	9,9
	Dois	3	1,2
	Nenhum	225	88,9
<b>Espaço em branco</b>	Sim	15	5,9
	Não	238	94,1
<b>Comentário e/ou crítica</b>	Sim	5	2,0
	Não	248	98,0
<b>Letra ilegível</b>	Sim	221	87,4
	Não	32	12,6
<b>Palavra generalizada / evasiva</b>	Sim	225	88,9
	Não	28	11,1
<b>Abreviatura não padronizada</b>	Sim	13	5,1
	Não	240	94,9
<b>Informações não relacionadas diretamente com o cliente</b>	Sim	1	0,4
	Não	252	99,6
<b>Identificação profissional</b>	Completa	193	76,3
	Incompleta	48	19,0
	Inexistente	12	4,7
<b>Erro ortográfico</b>	Sim	35	13,8
	Não	216	86,2

Fonte: Same, 2008.

Também os técnicos de enfermagem, em 7,83% (13) dos seus registros, realizaram correção de forma adequada, maior que o percentual de rasuras 6,02% (10); enquanto os auxiliares de enfermagem utilizaram maior percentual de rasuras 6,9% (2) que o uso de expressão corretiva, de 3,45% (1) dos prontuários (GRÁF. 2).

Observou-se que em 5,9% (15) houve a presença de espaço em branco e em 2% (5) dos registros de admissão analisados foram relatados comentários e/ou críticas. A variável letra legível não esteve presente em 12,6% (32) dos registros. A palavra generalizada/ evasiva foi encontrada em 88,9% (225) dos registros de enfermagem e houve, ainda, 5,1% (13) de abreviaturas não padronizadas. As informações não diretamente relacionadas com o cliente foram registradas em 0,4% (1).



**GRÁFICO 2 – Percentagem de não conformidades e correções aplicadas nos registros de enfermagem, segundo categorias profissionais, presentes nos prontuários dos pacientes internados na clínica médica de um hospital – Montes Claros-MG, 2008**

Fonte: Same, 2008.

Em relação à identificação do profissional ao final do registro nos prontuários, foram encontradas várias situações: completa – assinatura e carimbo contendo nome, categoria profissional e número de inscrição no Coren; incompleta – somente a assinatura, ou a assinatura do nome e da categoria profissional e inscrição sem carimbo, ou só com carimbo; e inexistente – nenhuma identificação. A maioria dos autores se identificou de forma completa, representando 76,3% (193), e de forma incompleta, 19% (48), sendo que 4,7% (12) não realizaram nenhuma forma de identificação. O erro ortográfico foi encontrado em 13,8% (35) dos registros (TAB. 2).

**TABELA 2 – Características dos registros de enfermagem requeridos na admissão e presentes nos prontuários dos pacientes internados na clínica médica de um hospital – Montes Claros-MG, 2008**

Características	Alternativas	n	%
Procedência	Sim	124	49,0
	Não	129	51,0
Condições de locomoção	Sim	164	64,8
	Não	89	35,2
Condições gerais	Sim	177	70,0
	Não	76	30,0
Orientações dadas ao paciente e à família	Sim	3	1,2
	Não	250	98,8
Entrevista Clínica	Inexistente	3	1,2
	Incompleta	128	50,6
	Completa	122	48,2
Exame físico	Completa	4	1,6
	Incompleta	241	95,3
	Inexistente	8	3,2

Fonte: Same, 2008.

Os resultados da TAB. 2 mostram que em 51% (129) dos registros não há a descrição da procedência do usuário, 35,2% (89) não apresentam as condições de locomoção e 30% (76) não têm condições gerais registradas. Em relação à variável “orientações dadas ao paciente e à família”, verificou-se que 1,2% (3) dos registros a possuía.

Quanto à entrevista clínica, 50,6% (128) encontravam-se incompletas e em 1,2% (3) dos prontuários, inexistente. Observou-se que 48,2% (122) continham quase todos os itens preconizados: história da moléstia atual, história pregressa, história familiar, história medicamentosa e história socioeconômica. Constatou-se que o exame físico foi registrado de forma completa em 1,6% (4) prontuário, contendo dados vitais, ectopia, inspeção, ausculta e palpação; foram registrados de forma incompleta em 95,3% (241); e em 3,2% (8), inexistentes.

## DISCUSSÃO

Os resultados relativos aos registros com data (96,8%) e hora (90,5%) comprovam a sensibilização dos profissionais de enfermagem da importância de tal informação, considerando que o registro constitui um instrumento para gerenciar a assistência e avaliar a qualidade do atendimento realizadas pela equipe de enfermagem.<sup>10</sup>

Ao analisar os erros de redação, não foi constatado o uso de corretivos, adesivos ou borrachas em nenhum registro. As rasuras encontradas constituíram-se de traços ou rabiscos à caneta, sobrepondo-se à palavra ou expressão, tentando substituí-la, anulá-la ou consertá-la. É interessante ressaltar que a maioria das formas de correção, consideradas no total, foi realizada pela expressão corretiva “digo” e/ou “melhor”, compatível com o preconizado.<sup>1</sup>

Os poucos espaços em branco encontrados nos registros (5,9%) demonstraram que os profissionais tinham conhecimento sobre o recomendado pela literatura, ou seja, espaços em branco podem propiciar inclusão de informações inverídicas, resultando no comprometimento dos processos de apuração legal ou ética.<sup>3,14,15</sup>

Verificou-se, também, que em cinco registros houve a presença de comentários relacionados à não realização da medicação, dada a falta de medicamentos. Nesse sentido, o registro cumpriu a finalidade de fornecer informações a respeito da assistência, assegurando a comunicação entre os membros da equipe e a garantia da continuidade 24 horas, indispensável para a compreensão do paciente de modo global.<sup>8</sup>

A ilegitimidade, encontrada em 32 admissões (12,6%), constitui desrespeito ao cliente, a quem pertence o prontuário, caracterizando falta de responsabilidade dos profissionais da equipe e da instituição, por desfavorecer processos administrativos, clínicos, legais, de ensino e pesquisa.<sup>7</sup> Quando o prontuário está corretamente

preenchido com letra legível e assinado, torna-se a principal peça de defesa da equipe, nos casos de denúncia de atendimento comprometido por indícios de imperícia, imprudência ou negligência.<sup>15</sup>

As palavras generalizadas/evasivas (88,9%), como "pacientes" e "cliente", constituem desperdício de espaço e são desnecessárias, uma vez que o prontuário do cliente é individual e as descrições são referentes somente a ele.<sup>8</sup> As palavras generalizadas encontradas foram "parcialmente", "bem", "hipocorado", "normofígmico", "pouca". Tais descrições são abertas a múltiplas interpretações, baseadas no ponto de referência do leitor.<sup>14</sup> Havia, ainda, termos prolixos como "dor algica", "admitido nesta unidade", "admitido neste setor", sem especificar qual a unidade e "admitido, pela central de leitos", informações supérfluas, que comprometem a objetividade do registro.

O uso de abreviaturas não padronizadas em 13 dos registros (5,1%) é inaceitável, sendo que as abreviaturas devem estar circunscritas àquelas padronizadas na literatura e/ou na instituição, pois, certamente, resultam em diferentes interpretações, gerando dúvidas e riscos ao cliente, bem como prejudicam o processo seguro de comunicação.<sup>14</sup>

O Decreto nº 5.0387, de 28 de março de 1961, que regulamenta o exercício da enfermagem e suas funções auxiliares no território nacional, em seu artigo 14, enfoca que é dever de todo pessoal de enfermagem manter perfeita anotação nas papeletas clínicas de tudo quanto se relacionar com o doente e com a enfermagem.<sup>16</sup> Considerando a importância ético-legal da identificação profissional nos registros, verificou-se a presença de identificações incompletas (19%) e inexistentes (4,7%), porém é obrigação do profissional assinar os registros imediatamente após a última frase de cada um deles.<sup>13</sup> Ressalte-se que, o fato de alguns profissionais não se identificarem ao realizar os registros nos prontuários pode ocasionar, em caso de ações jurídicas, prejuízos tanto à instituição quanto aos trabalhadores e clientes.<sup>11</sup> O Código Penal brasileiro, em seu artigo 299, classifica a omissão de informações em documento público ou particular como "falsidade ideológica".<sup>3</sup>

Constatou-se, também, ausência de registros referentes à procedência do usuário (51%), condições de locomoção (35,2%), condições gerais (30%) e falhas quanto a orientações dadas ao cliente e à família (1,2%). O fato de o paciente e a família não serem orientados sobre

os cuidados de saúde compromete a reabilitação do cliente, visto que a família deve ser considerada parte integrante desse processo, pois, após a alta, serão os familiares quem realizarão os cuidados.<sup>3</sup>

Pode-se perceber que, no cenário deste estudo, na admissão, na qual se realiza o Histórico de Enfermagem, primeira etapa do Processo de Enfermagem, não continha todos os requisitos necessários, dispostos pela literatura.<sup>8,9</sup> Esse fato resulta em prejuízos na qualidade da assistência de enfermagem, aspecto agravante por se tratar de um local de ensino.

A falta de sistematização foi identificada na maioria dos registros incompletos relacionados à entrevista clínica (50,6%) e exames físicos (95,3%). Quanto à entrevista clínica, o registro correto ocorreu em 48,2% e em 1,6% dos exames físicos. Vale ressaltar que, em nenhuma entrevista clínica, foi encontrado registro relacionado aos aspectos espirituais e culturais do cliente, desconsiderando sua individualidade e integralidade, o que contraria o Processo de Enfermagem, que possui enfoque holístico, assegurando que as intervenções devem elaboradas para o indivíduo, e não apenas para a doença.<sup>17</sup> Os registros da equipe de enfermagem nos prontuários, se bem feitos, representam uma das contribuições mais valiosas para a assistência ao paciente.<sup>18</sup>

Espera-se que esta investigação possa reforçar a importância de qualificar os registros de enfermagem como subsídio para o ensino, auditoria, pesquisa e de defesa legal e, principalmente, ser um instrumento indicador de qualidade.

## CONCLUSÃO

Neste estudo, a maioria dos registros encontrava-se em conformidade com as normas do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais.

Fazem-se necessárias investigações para identificar quais fatores ou condições atuam como dificultadores do registro de enfermagem no cenário deste estudo, a fim de realizar investimentos em educação continuada e permanente. Esforços devem ser envidados pela instituição e pela equipe de enfermagem na busca de regularizar seu processo de trabalho, adotando a Sistematização da Assistência de Enfermagem em toda sua plenitude e complexidade, para garantir a continuidade e a qualidade do cuidado prestado aos usuários.

## REFERÊNCIAS

1. Matsuda LM, Silva DMPP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Rev Eletrônica Enferm.* 2006; 8(3):415-21.
2. Guimaraes A, Cruz AGICF. A nursing process model for a hospital - systematic literature review. *Online Braz J Nurs.* 2007; 6(2). [Citado em 2009 nov. 12]. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.1051>>.
3. Vituri DW, Matsuda LM. Os Registros de Enfermagem como Indicadores da qualidade do cuidado: um estudo documental, descritivo-exploratório e retrospectivo. *Online Braz J Nurs.* 2008;7(1). [Citado em 2009 nov. 12]. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1241>>.
4. Malucelli Andreia, Otemaier Kelly Rafaela, Bonnet Marcel, Cubas Marcia Regina, Garcia Telma Ribeiro. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(4): 629-36.

5. Conselho Federal de Enfermagem. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Resolução COFEN nº 358/2009. Brasília-DF; 15 de outubro de 2009.
6. Motta ALC. Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde. São Paulo (SP): Iátria; 2003.
7. Conselho Regional de Enfermagem. Deliberação COREN-MG 135/00. Normatiza no Estado de Minas Gerais os princípios gerais para ações que constituem a documentação da enfermagem/Como anotar. Minas Gerais (Brasil): COREN-MG; 2000.
8. Cianciarullo TI, Melleiro MM, Gualda DMR, Anabuki MH. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 3ª ed. São Paulo: Ícone; 2005.
9. Ito EE, Senes AM, Santos MAM, Gazzi O, Martins SAS. Manual de anotações de enfermagem. São Paulo: Ateneu; 2004.
10. Santos SR, Paula AFA de, Lima JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registros no prontuário. Rev Latinoam Enferm USP. 2003; 11(1):80-7.
11. Kurgant P. Auditoria em enfermagem. Rev Bras Enferm. 1976; 29 (3):106-24.
12. Venturinni DA, Marcon SS. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um Hospital de ensino. Rev Bras Enferm. 2008; 61(5):570-7.
13. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de Pesquisa. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.
14. Ochoa-Vigo K, Pace AE, Santos CB. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. Rev Latinoam Enferm USP. 2003; 11(2):184-91.
15. Possari JF. Prontuário do paciente e os registros de enfermagem. São Paulo: Iátria; 2005.
16. Brasil. Decreto Nº 50.387 de 28 de março de 1961, art. 14, alín. C. Regulamenta o exercício da enfermagem e suas funções auxiliares no território nacional. Brasília (DF); 1961.
17. Araújo IEM, Lamas JLT, Ceolim MF, Bajay HM. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade de internação: desenvolvimento e implementação de roteiro direcionador: relato de experiência. Acta Paul Enferm. 196; 9(1):18-27.
18. Setz VG, D’Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul Enferm. 2009; 22(3): 313-7.